



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

**AUTO-EFICÁCIA DA GRÁVIDA NO PARTO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO
DA ESCALA “*CHILDBIRTH SELF-EFFICACY INVENTORY (CBSEI)*”**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem

Por

Ana João Fonseca Neves

Dezembro 2010



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

**AUTO-EFICÁCIA DA GRÁVIDA NO PARTO: ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO
DA ESCALA “*CHILDBIRTH SELF-EFFICACY INVENTORY (CBSEI)*”**

Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica
Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem

Por Ana João Fonseca Neves

Sob orientação de Germano Couto
e co-orientação de Ana Paula Prata Sousa

Dezembro 2010

Dedico este estudo à minha mãe, ao meu pai e à minha irmã por todo o incentivo que me deram durante este caminho.

Agradecimentos

À professora Ana Paula Prata Sousa por todo o empenho, ajuda e carinho que me deu, sem ela este estudo não teria sido iniciado nem finalizado.

A todos que me acompanharam e que colaboraram comigo, em especial á equipa de enfermagem do antigo serviço de Obstetrícia do Hospital de Santo António.

Aos meus queridos pais que tem uma perseverança incrível e pela confiança que depositaram em mim.

Ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, pela oportunidade de realizar o Mestrado em Enfermagem.

Resumo:

O *Childbirth Self-efficacy Inventory (CBSEI)* é um questionário que permite testar a auto-eficácia da grávida no parto. Foi criada por Nancy Lowe em 1993 e é um instrumento, testado nos Estados Unidos, para aferir a confiança da mulher durante o trabalho de parto, tendo como referencial teórico, a Teoria da Auto-Eficácia de Albert Bandura (1986).

O principal objectivo deste estudo foi efectuar a adaptação transcultural e a validação para português deste instrumento. Para tal, efectuou-se um estudo exploratório, descritivo, com metodologia quantitativa, no Centro Hospitalar do Porto (CHP), nos serviços de internamento e consulta de obstetrícia.

A amostra constituiu-se por 310 grávidas, que recorreram aos serviços de obstetrícia do CHP, no período de Setembro a Dezembro de 2009 e que aceitaram participar no estudo.

Após se terem seguido os procedimentos propostos pela autora, o CBSEI revelou ser um instrumento fiável e válido na medição da confiança expressa pelas grávidas, apresentando um alpha de Cronbach que varia entre 0,89 e 0,95. Em cada uma das fases de trabalho de parto ficou confirmada a distinção entre expectativas de auto-eficácia e expectativas de resultado.

Verificou-se, também, que a experiência anterior, a frequência de aulas de preparação para o parto, o estado civil e a idade são factores que influenciam a auto-eficácia da mulher no trabalho de parto.

Palavras-Chave: Auto-Eficácia, trabalho de parto, *Childbirth Self-efficacy Inventory*.

Abstract:

The CBSEI - Childbirth Self-efficacy Inventory - is inventory that allows you to test self-efficacy for pregnant women in childbirth. It was created by Nancy Lowe in 1993 and is a reliable and valid instrument that was tested in the United States to gauge the confidence of the woman during labor, which used the reference of the Theory of Self-Efficacy by Bandura (1986) and following the methodology of Likert scale.

The main objective of this research was to make the cultural adaptation and validation for Portuguese. For this study was carried out exploratory descriptive and quantitative methodology. to assess the validity of the Portuguese version of the CBSEI. To this end, the study was conducted in the Hospital of Porto (CHP) in obstetrical service.

The study population consisted of 310 pregnant women who used to obstetric services from the CHP in the period September to December 2009, and accepted to participate in the study.

After have followed the procedures proposed by the author the CBSEI proved to be a reliable and valid instrument to measure the confidence expressed by pregnant, has a Cronbach's Alph ranging from 0,89 and 0,95. At each stage of labor was confirmed the distinction between expectation of self-efficacy and outcome expectation.

It was found that the frequency of previous experience, preparation classes for birth, marital status and age are important factors of self-efficacy of women in labor.

Keywords: Self-Efficacy, childbirth, Childbirth Self-efficacy Inventory.

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico1 – Escalões etários	49
Gráfico2 – Estado civil	49
Gráfico3 – Escolaridade	50

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura1 – Representação da relação condicional entre expectativas de eficácia e expectativas de resultado	23
--	----

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Comparação dos resultados das sub-escalas: Questionário de Auto-eficácia no Trabalho de Parto entre o presente estudo e outros estudos prévios.....	64
Quadro 2 – Estimativas de fidelidade no presente estudo e em estudos anteriores.....	65

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 –Consistência Interna.....	42
Tabela 2 –Análise factorial.....	43
Tabela 3 –Estatísticas emparelhadas	44
Tabela 4 –Correlações de Pearson do QAETP	45
Tabela 5 –Experiência de parto	50
Tabela 6 –Frequência de aulas de preparação para o parto	50
Tabela 7 –Idade Gestacional.....	50
Tabela 8 –Expectativas dos Resultados na Fase Activa (Resultados – FA).....	54
Tabela 9 –Expectativas da Auto-eficácia na Fase Activa (Eficácia – FA).....	55
Tabela 10 –Expectativas dos Resultados na Segunda Fase (Resultados – SF)	56
Tabela 11 –Expectativas da Auto-eficácia na Segunda Fase (Eficácia – SF)	57
Tabela 12 –Estatísticas descritivas	58
Tabela 13 –Expectativa de Resultado e de Auto-eficácia no Parto	58
Tabela 14 –Teste t de Student para amostras independentes.....	59
Tabela 15 –Anova One-Way	59
Tabela 16 –Teste Scheffe	60
Tabela 17 –Teste t de Student para amostras independentes.....	60
Tabela 18 –Anova One-Way	61
Tabela 19 – Teste t de Student para amostras independentes.....	61

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO	
1. AUTO-EFICÁCIA E O TRABALHO DE PARTO.....	21
1.1. Teoria de Auto-eficácia.....	21
1.2. Fontes ou Determinantes da Auto-eficácia	24
1.3. Auto-eficácia da mulher no trabalho de parto	26
2. QUESTIONÁRIO DE AUTO-EFICÁCIA NO TRABALHO DE PARTO	31
CAPÍTULO II - METODOLOGIA	
3. MATERIAL E MÉTODO.....	37
3.1. Objectivos	37
3.2. Tradução e adaptação transcultural do CBSEI.....	38
3.3. Fidelidade e Validade do questionário	40
3.3.1. Fidelidade.....	41
3.3.2. Validade do constructo.....	43
3.4. População e Amostra.....	46
3.5. Colheita de dados	46
3.6. Instrumento de medida.....	47
3.7. Considerações éticas	48
4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	49
CAPÍTULO III - RESULTADOS	
5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	53
5.1. Resultados das variáveis sócio-demográficas	59
6. DISCUSSÃO DE RESULTADOS	63
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	69
ANEXOS.....	75
Anexo A – Pedido de autorização institucional para aplicação do questionário	77
Anexo B – Autorização de utilização do CBSEI pela autora Nancy Lowe	79
Anexo C – Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)	81
Anexo D – Questionário de Auto-eficácia no Trabalho de Parto	83

INTRODUÇÃO

A gravidez representa um período de construção e desenvolvimento. É um processo que corresponde a um etapa de sensivelmente 9 meses, 10 meses de luas, 40 semanas ou 282 dias (Bobak, 2002). É vivenciada de maneira diferente por cada mulher e percebida de acordo com o seu contexto sociocultural. O processo de transição vivido pela grávida vai-se manifestando no crescente envolvimento com o feto, e tem continuidade após o nascimento.

O trabalho de parto é o acontecimento para o qual a mãe se prepara durante a gravidez e a partir do qual ela e o bebé deixam de estar fisicamente ligados, passando a ser dois seres humanos distintos. Segundo Cavalcante e col. (2007), apesar do trabalho de parto poder ser visto como um processo natural e fisiologicamente possível sem necessidade de ajudas muito técnicas, os sentimentos das grávidas em relação a ele variam, podendo ser percebido como um processo em que a recompensa de vários meses de espera é o bebé, como um teste de resistência ou como um sofrimento terrível para o qual não há alternativa.

O trabalho de parto pode, ainda, ser considerado como um momento importante do processo de transição para a maternidade. Na verdade ele é, por si só, um evento de significância psicológica incontestável e não apenas o meio pelo qual mulheres e homens se tornam pais (Fisher, Astbury & Smith, 1997). A capacidade das mulheres lidarem com o trabalho de parto influencia a forma como o experienciam e a satisfação que obtêm, pelo que vários trabalhos (Crowe & Von Baeyer, 1989; Lowe, 1991, 2000) indicam ser importante o estudo do papel da auto-eficácia da mulher no trabalho de parto.

O Childbirth Self-efficacy Inventory (CBSEI) foi elaborado por Nancy Lowe, em 1993, e é um instrumento testado nos Estados Unidos e considerado psicometricamente válido e fiável para aferir a auto-eficácia da mulher no trabalho de parto, também já traduzido e validado para outros países, tais como China, Austrália e Irlanda. Considera-se ser pertinente a sua adaptação transcultural e a sua validação para a população portuguesa.

Uma versão portuguesa do CBSEI poderá ser útil para determinar as necessidades das grávidas relativamente à auto-eficácia no trabalho de parto, facilitar o planeamento de intervenções personalizadas e fornecer subsídios aos profissionais de saúde, para reconhecerem, previamente, as áreas em que a mulher tem menor auto-eficácia,

possibilitando, assim, a implementação de estratégias na preparação para o parto que melhorem a confiança da mulher no trabalho de parto.

Nos últimos anos, verificou-se um aumento significativo de literatura sobre expectativa de auto-eficácia e o comportamento dos indivíduos com problemas de saúde. Não obstante, há falta de artigos publicados sobre a efectividade das intervenções na mulher grávida para a promoção da auto-eficácia.

O trabalho será então desenvolvido em três capítulos. No primeiro, expõe-se o referencial teórico, onde se faz uma abordagem da teoria de Auto-eficácia de Albert Bandura, da importância da auto-eficácia na mulher em trabalho de parto e do Childbirth Self-Efficacy Inventory; no segundo, apresenta-se o desenvolvimento metodológico do trabalho, referindo-se o material e método utilizados para a sua concretização assim como a caracterização da amostra; no terceiro capítulo, desenvolve-se a apresentação e análise dos dados e faz-se a discussão dos resultados, pretendendo-se proceder a uma análise, reflexão e resumo dos aspectos que se revelaram como mais importantes na temática em estudo.

Perspectivam-se dificuldades inerentes ao tempo necessário para o desenvolvimento do trabalho, mas, a sua realização revela-se como um desafio, pois tem-se a esperança de, no seu término, se poder contribuir para uma melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem.

CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO

1. A AUTO-EFICÁCIA E O TRABALHO DE PARTO
2. QUESTIONÁRIO DE AUTO-EFICÁCIA NO
TRABALHO DE PARTO

1. AUTO-EFICÁCIA E O TRABALHO DE PARTO

Neste capítulo, explana-se a Teoria de Auto-Eficácia de Albert Bandura, identificando-se as fontes e os determinantes da auto-eficácia. Relaciona-se este constructo com as mulheres em trabalho de parto e apresenta-se o CBSEI, questionário desenvolvido por Nancy Lowe, em 1993, descrevendo-se o seu uso e a sua importância em outros países e contextos.

1.1. Teoria de Auto-eficácia

A Teoria da Auto-eficácia foi introduzida e desenvolvida por Albert Bandura, no contexto dos modelos cognitivos de modificação do comportamento, tendo por base a Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1986). De acordo com este autor (1997), a auto-eficácia é um processo cognitivo dinâmico no qual um indivíduo avalia as suas capacidades para lidar com diferentes realidades e para executar os comportamentos requeridos. A convicção forte na capacidade pessoal para controlar a própria condição física serve como um prognóstico psicológico indicador do nível pessoal do estado de saúde (Oriá, 2008).

Bandura (1986, 1977^a, Bandura, Adams & Beyer, 1977), ao desenvolver os seus estudos, afasta-se da Teoria da Aprendizagem Social e define a sua própria teoria Sócio-Cognitiva ou Teoria Social Cognitiva. Nesta altura, utiliza a sua teoria como suporte conceptual para a análise da base da auto-eficácia (Van der Bijl & Shortridge-Bagget, 2001), daí o motivo pelo qual a teoria sócio-cognitiva é também conhecida como teoria da auto-eficácia.

A teoria social cognitiva defende que a auto-eficácia, juntamente com o auto-controlo percebido, tem um papel importante na motivação e no desempenho (Bandura, 1986). O sentimento de auto-controlo influencia o desenvolvimento de competências, a percepção de auto-eficácia e as capacidades de auto-regulação que aumentam a auto-direccionalidade.

Para explicar a auto-eficácia, Bandura (1977^a) defende que a motivação pode interferir directamente no comportamento, pois, está relacionada com a actuação e persistência do comportamento, além de estar, parcialmente, enraizada em actividades cognitivas. Então, a primeira fonte de motivação é a capacidade para representar futuras consequências, resultados de acção, ou seja, é a antecipação de que assumir um

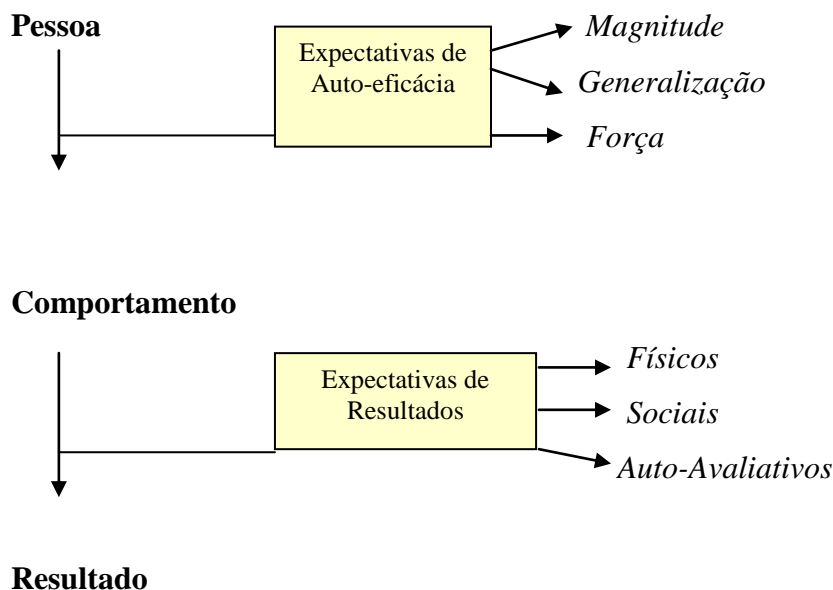
determinado comportamento trará uma determinada consequência. A segunda fonte de motivação é o tipo de objectivo que se deseja alcançar e a reacção de auto-avaliar os seus desempenhos perante o objectivo traçado (Bandura, 1977^a).

O sujeito pode ter dois tipos de comportamentos motivados pela discrepância entre os seus objectivos em relação ao seu comportamento e os resultados alcançados, e estes são: mudança de comportamento para alcançar os resultados desejados ou subterfúgio; considerando que o ser humano evita expor-se a situações que consideram estar para além da sua capacidade de lidar com elas (Salvetti, Pimenta & Lage, 2007). Nesse caso, a auto-eficácia refere-se ao juízo pessoal que os indivíduos fazem acerca de quão são capazes de organizar e implementar actividades em situações desconhecidas, passíveis de conter elementos ambíguos, imprevisíveis e geradores de stress. É um componente de motivação e tem um papel importante na aquisição e mudança de comportamento. Dessa forma, a análise que o indivíduo obtém da sua habilidade para realizar determinada tarefa em algum domínio denomina-se de auto-eficácia. (Bandura 1977^a, 1977^b, 1986, 1997).

A percepção de eficácia pode ter efeitos diversos no comportamento, nos padrões de pensamento, e nos aspectos emocionais. Quanto mais forte for a percepção de auto-eficácia, mais vigoroso e persistente é o esforço. Aqueles que se julgam incapazes de lidar com as exigências da situação evitam envolver-se nelas, usando as mais variadas justificações. Por isso, de forma simplificada, podemos dizer que a auto-eficácia é a habilidade que se tem para se julgar capaz de realizar com êxito uma acção concreta. Assim, a escolha, a execução e a manutenção de um comportamento devem ser inseridos no conceito de auto-eficácia, que serve para melhor conhecer as capacidades de cada indivíduo, permitindo desenvolver e enfrentar melhor as mais diversas situações impostas pelo quotidiano.

Esta teoria, quando adaptada ou usada em relação à saúde, explica que o comportamento em saúde é determinado pela expectativa de resposta e pela expectativa de eficácia. A expectativa de resposta consiste na convicção (crença) de que um dado comportamento determinará uma resposta específica. A expectativa de eficácia consiste na convicção da capacidade que uma pessoa tem para desempenhar um comportamento específico, numa situação que dê a resposta desejada (Figura 1).

Figura 1 – Representação da relação condicional entre expectativas de eficácia e expectativas de resultado



Fonte: Adaptado de Bandura (1997).

As expectativas de eficácia e de resultado diferenciam-se porque os indivíduos podem acreditar que determinada acção conduz a determinado resultado, mas, se tiverem dúvidas acerca da sua capacidade para realizar essa acção, a convicção inicial não influencia o seu comportamento (Bandura, 1977^a).

A decisão de defrontar situações e a escolha dos locais de acção podem ser, eventualmente, afectados pela expectativa de eficácia. Por exemplo: um indivíduo que duvide das suas capacidades para ter determinado cargo dentro de uma empresa, mesmo possuindo potencialidades reais, evitará sobressair dentro desta e mais facilmente assumirá comportamentos que o vão prejudicar. No entanto, as expectativas, só por si, não são suficientes para a realização desejada; estas são os principais determinantes das suas escolhas, do esforço que vai desenvolver e durante quanto tempo vai persistir perante situações frustrantes.

Um indivíduo pode crer que um comportamento proporciona certo resultado (expectativa de resultado) e supõe ser capaz de o realizar (expectativa de auto-eficácia). Porém outras possibilidades surgem quando o indivíduo sabe que um comportamento gera determinado resultado, mas não se considera capaz de o realizar, ou ainda quando o indivíduo se julga capaz de realizar um comportamento mas não tem convicção de que o mesmo produza um resultado (Oriá, 2008).

1.2. Fontes ou Determinantes da Auto-eficácia

As crenças que as pessoas formam e desenvolvem acerca da sua eficácia pessoal podem emergir de quatro principais fontes de informação ou de influência: as experiências de desempenho ou experiências pessoais, as experiências vicariantes, a persuasão verbal ou social e os estados fisiológicos e emocionais (Bandura, 1977, 1986, 1997; Maddux, 1995; Pajares, 2002, Pereira & Almeida, 2004).

A expectativa de auto-eficácia é constituída por três dimensões: magnitude, generalização e força, tal como anteriormente descrito, e fundamentada nas quatro fontes enumeradas anteriormente.

Uma das dimensões é a *força*, pois, perante uma expectativa fraca, o indivíduo, pode gerar comportamentos facilmente extinguíveis, enquanto indivíduos com expectativas fortes tendem a apresentar comportamentos mais persistentes mesmo que tenham dificuldade. A *magnitude* está directamente relacionada com o grau de dificuldade para desempenhar uma acção necessária para alcançar um objectivo e esta pode ser classificada como pequena, moderada ou grande. A *generalização* refere-se às próprias experiências do indivíduo que podem gerar expectativas restritas, mais amplas ou generalizadas.

Experiências de desempenho ou experiências pessoais

As experiências pessoais, as realizações anteriormente conseguidas, ou de desempenho, constituem “ (...) a forma mais eficaz de criar um forte sentido de *eficácia*” (Bandura, 1995^a). Isto porque, sucessos ou insucessos obtidos em situações anteriores, sobretudo quando são claros, constituem a evidência mais autêntica de capacidade ou incapacidade para desencadear e implementar os planos de acção para realizar uma determinada actividade. As percepções de sucesso numa determinada tarefa, comportamento ou competência específicos, fortalecem as expectativas da auto-eficácia para essa tarefa, o comportamento em situações futuras, enquanto as percepções de fracasso as debilitam (Maddux, 1995).

Pessoas que estão certas das suas capacidades tendem a atribuir as falhas a factores situacionais. Por outro lado, pessoas com baixa auto-eficácia vão atribuir a falha à sua própria incapacidade (Van Der Bijl & Shortridge-Baggett, 2001).

Experiências vicariantes

As experiências ou aprendizagens proporcionadas pela observação, modelação e imitação de modelos sociais constituem a segunda maior fonte das crenças de auto-eficácia. A observação do comportamento de outros, das consequências dos seus comportamentos e do uso que fazem dessa informação para formar as expectativas acerca do seu próprio comportamento e respectivas consequências pode, efectivamente, alimentar as expectativas da auto-eficácia (Bandura, 1986).

A observação de modelos é uma fonte de auto-eficácia mais fraca do que a experiência pessoal, mas pode contribuir para o julgamento da pessoa em relação à sua capacidade (Van der Bijl; Shortridge-Baggett, 2001).

Persuasão verbal ou social

Uma terceira forma de originar e desenvolver as crenças de auto-eficácia é conseguida através da persuasão verbal ou social de que as pessoas possuem as competências necessárias para serem bem sucedidas. Pessoas experientes, profissionais, podem convencer a pessoa do seu potencial e habilidade para assumir um comportamento.

Esta é a fonte de auto-eficácia mais utilizada por profissionais de saúde quando orientam os seus utentes, pois tentam convencê-los de que eles conseguem executar determinada acção. De forma geral, as características de credibilidade, o prestígio de quem exerce e a convicção são fundamentais para que o indivíduo possa ser persuadido. A persuasão pode ser uma boa ajuda nas outras fontes de auto-eficácia, pois se as pessoas estão convencidas das suas habilidades, elas irão perseverar, não desistindo facilmente. Em todo caso, dizer a uma pessoa que ela é capaz, não é necessariamente convencê-la disso, pelo que é mais importante a auto-persuasão do que a hetero-persuasão.

Estados fisiológicos e emocionais

No julgamento das suas próprias capacidades, as pessoas também se baseiam nos seus estados fisiológicos e emocionais, constituindo este o quarto e último grande determinante da auto-eficácia. Enquanto as reacções de stress e de tensão, como fadiga, dores e estado de desânimo (como ansiedade ou sintomas depressivos) são interpretados como sinais de vulnerabilidade de desempenho em actividades que envolvem força e energia, um humor positivo e uma percepção de bem-estar físico e emocional aumentam

as percepções de eficácia pessoal. Sendo assim pode afirmar-se que a percepção do desempenho e da auto-eficácia melhoram quando se minimiza o medo e aumenta o desgaste emocional, o bem-estar físico e mental (Salvetti & Pimenta, 2005).

As informações do corpo humano também influenciam a expectativa da pessoa na sua capacidade para executar um comportamento específico. As pessoas esperam ter mais sucesso quando não estão ansiosas, logo, a ansiedade pode ter influência negativa na percepção de auto-eficácia.

A informação que é relevante para julgar a eficácia pessoal, quer seja transmitida de forma experimental, vicariante, persuasiva ou afectiva, não é inerentemente instrutiva, ganha significado através do processamento cognitivo. Desta forma, a informação transmitida pelos diferentes modos de influência deve ser distinguida do processamento cognitivo através do qual a informação é seleccionada, ponderada e integrada em julgamentos de auto-eficácia (Maddux, 1995).

Pode-se concluir que as crenças de auto-eficácia são produto de um processo complexo de auto-persuasão que se baseia no processamento cognitivo de diversas fontes de eficácia (Bandura, 1995^a; Maddux, 1995).

1.3. Auto-eficácia da mulher no trabalho de parto

A confiança na capacidade para lidar com o trabalho de parto é consistente com a teoria de Auto-Eficácia de Albert Bandura (Lowe, 1993).

A confiança na capacidade de lidar com o trabalho de parto pode ser considerada um importante factor que afecta a motivação da mulher no parto e a sua interpretação do resultado obtido (Lowe, 2000). Estudos realizados por Crowe & Von Baeyer (1989) e Lowe (1991, 2000) revelam o importante papel que a auto-eficácia desempenha na capacidade das mulheres lidarem com o trabalho de parto.

Fisher e col. (1997) explicam que a auto-eficácia afecta a saúde de duas maneiras distintas: a primeira verifica-se pela assunção de comportamentos que influenciam a saúde, na medida em que os indivíduos com elevada percepção de auto-eficácia adoptam mais facilmente comportamentos de promoção da saúde, e alteram com mais facilidade comportamentos prejudiciais à saúde; a segunda relaciona-se com a resposta fisiológica ao stress, reduzindo o seu impacto negativo.

O parto é uma experiência extremamente importante na vida de uma mulher: é tão marcante que durante muitos anos as mulheres esmiúçam os seus detalhes ao pormenor (Kitzinger, 1987).

A experiência de parto é influenciada por vários factores, entre os quais se destacam os cursos de preparação para o parto e parentalidade, os procedimentos utilizados durante o parto (caso seja uma múltipara), a história obstétrica, bem como o desfecho de uma gravidez prévia (Fisher, Astbury & Smith, 1997). Mercer, Hackley e Bostrom (1983) também mencionam o impacto do tipo de parto e das intervenções obstétricas sobre a experiência de parto. Temos, no entanto, outros factores, menos referenciados, tais como: as experiências vividas na gravidez actual e as expectativas alimentadas em relação ao parto e ao bebé durante esse período e que podem, também, influenciar a maneira como o parto será vivenciado (Maldonado, 1994).

Beaton e Gupton (1990) afirmam que as grávidas desenvolvem expectativas detalhadas acerca da experiência de parto, bem como do papel da figura de apoio ou dos próprios profissionais. No entanto, Ip, Chien e Chan (2004) verificaram que as grávidas chinesas, apesar de terem uma grande expectativa em relação ao apoio por parte dos familiares e profissionais de saúde, têm uma expectativa relativamente baixa no que concerne à sua intervenção durante o trabalho de parto.

A confiança ou a habilidade para enfrentar o trabalho de parto tem sido demonstrada pela forma como este é percebido (Prata, Santos, & Reis Santos, 2009). As grávidas que têm maior confiança são mais capazes de enfrentar o nascimento do filho e é mais provável que a experiência vivenciada seja relatada como positiva (Crown & Von Baeyer, 1989). Portanto, a auto-eficácia tem um efeito considerável no bem-estar da grávida assim como na forma como ela se sente fisicamente, mas, também, no modo como pensa e sente a experiência de parto (Drummond & Rickwood, 1997).

Sendo assim, a auto-eficácia revelou-se muito influente no modo como o nascimento é percebido e na forma como fisicamente se lida com ele (Crowe & Von Baeyer 1989; Lowe, 1991, 2000). Por consequência, as mulheres com mais auto-eficácia revelam um menor grau de ansiedade específica no parto (Lowe, 2000).

Acresce ainda registar que a auto-eficácia é uma variável importante no parto, porque prediz quanto esforço será dispendido e quanto tempo uma mulher persiste com comportamentos que ajudam a manter o controlo no nascimento do seu filho. Ip, Chien e Chan (2004, cit. Lowe, 1993), descrevem que os quatro determinantes da auto-eficácia - experiências prévias de trabalho de parto, experiência vicariante, persuasão verbal

efectuada por pessoas significativas e respostas fisiológicas como a ansiedade e o stress - estão inter-relacionados e variam no grau de influência na auto-eficácia. Drummond & Rickwood (1997) relatam, ainda, que os efeitos da paridade e da educação, na auto-eficácia no trabalho de parto apresentaram resultados inconclusivos.

Segundo Fridh e Gaston-Johanon (1990, cit por Costa, Figueiredo, Pacheco e Pais, 2003), independentemente da paridade, as expectativas de parto que a grávida constrói não são, na sua generalidade, realistas, pois num trabalho com 55 mulheres primíparas, 88 multíparas e 12 enfermeiras especialistas, constatou-se que a grávida não dispõe de toda a informação necessária, principalmente em relação ao tipo de parto, o que faz com que as expectativas acerca deste acontecimento possam não se confirmar posteriormente.

Lowe (1993) descobriu resultados estatisticamente significativos, quando comparou o nível de auto-eficácia entre multíparas e primíparas, nos Estados Unidos da América, verificando que as multíparas apresentavam um maior nível de auto-eficácia. Não obstante, estudos recentes na Irlanda do Norte (Sinclair & O'Boyle, 1999) e na Austrália (Drummond & Rickwood, 1997) não verificaram qualquer efeito da paridade estatisticamente relevante nos resultados de auto-eficácia. Examinando os resultados da expectativa de auto-eficácia numa amostra de 100 mulheres australianas, Drummond e Rickwood (1997) descobriram que só a experiência positiva de parto e o conhecimento sobre o parto podiam prever a expectativa de auto-eficácia, não se relacionando com os resultados anteriores os níveis de apoio social e ansiedade percebidos pelas participantes.

Lowe (2000), investigando a relação entre a percepção de auto-eficácia relativa ao parto e os medos no trabalho de parto em 280 grávidas nulíparas durante o 3º trimestre de gravidez, com elevado nível de escolaridade, de classe média e em que as grávidas frequentaram aulas de preparação para o parto, verificou que as expectativas de auto-eficácia se relacionam com o medo do trabalho de parto. Encontrou diferenças significativas, ao nível de algumas variáveis psicológicas, entre as mulheres com baixo e elevado medo do trabalho de parto, sendo que as mulheres que referenciavam mais medo foram caracterizadas com tendo menor auto-estima e auto-eficácia generalizadas. Os medos mais comuns das mulheres, em parte são: a perda de controlo durante o trabalho de parto, as contracções uterinas, o trabalho de parto *per si* e a segurança com o bebé.

É, então, necessário tornar a mulher mais activa durante a gravidez, encaminhando-a para as aulas de preparação para o parto e parentalidade, para que fique informada e adquira estratégias e habilidades para ultrapassar as adversidades que podem surgir durante o trabalho de parto e, ainda, para ter um suporte adequado dos profissionais de saúde. Desta forma, a parturiente pode sentir uma maior segurança e confiança, o que pode contribuir para tornar o seu trabalho de parto uma experiência mais positiva.

2. QUESTIONÁRIO DE AUTO-EFICÁCIA NO TRABALHO DE PARTO

Desde os anos 80 que começaram a surgir os primeiros estudos sobre a confiança da mulher no trabalho de parto. Walker e Erdman (1984) começaram a explorar os níveis de confiança das mulheres durante o parto usando uma escala ordinal de um só item. Mais tarde, Crowe e Von Baeyer (1989) usaram uma escala visual analógica de 10 cm, para medir os níveis de confiança das mulheres grávidas nas suas capacidades para controlar a dor durante o trabalho de parto. Descobriram que as primíparas, com maior confiança e mais conhecimento após as aulas de preparação para o parto, registavam uma experiência de parto menos dolorosa. Apesar desta prova preliminar sobre a medição da confiança no trabalho de parto, a fiabilidade e a validade destas medições não foram registadas e a discussão de conceitos teóricos relacionados com a confiança também foi limitada.

Em 1983, Manning e Wrigth aplicaram esta teoria à expectativa de auto-eficácia das mulheres na sua capacidade de controlar a dor de trabalho de parto sem medicação. Utilizaram uma escala de certeza, de um só item com 12 pontos, administrada durante o trabalho de parto, em intervalos de 5 horas. Os resultados indicaram que a expectativa de auto-eficácia contribuía mais para a previsão da persistência no controlo da dor do que a expectativa de resultado. Contudo, a medição com um só item limitou severamente o rigor psicométrico do instrumento (Ip, Chan & Chien, 2004).

A confiança da mulher na sua capacidade para lidar com o trabalho de parto, como já se referiu, é uma variável importante e, segundo Lowe (1991), está relacionada com o medo e com a forma como a mulher percebe a dor de trabalho de parto. Esta autora usou como instrumento de medida o “McGill Pain Questionnaire”, para avaliar e explicar as variações na experiência da dor. Em 1993, tendo por base referencial a Teoria da Auto-Eficácia de Albert Bandura, Nancy Lowe desenvolveu o “Childbirth Self-Efficacy Inventory” (CBSEI) para medir a confiança da mulher nas suas capacidades para lidar com o trabalho de parto. Nele, distingue dois tipos de expectativas: a expectativa de auto-eficácia, que é a convicção pessoal de que se consegue ter, com sucesso, comportamentos específicos durante o trabalho de parto e a expectativa de resultado, que pode ser definida como a convicção de que um determinado comportamento irá melhorar a forma de lidar com o trabalho de parto (Lowe, 1993).

O CBSEI (Anexo C) é um questionário constituído por duas partes: a primeira com duas sub-escalas de 15 itens, avalia a expectativa de resultado e de auto-eficácia na fase activa do período de dilatação; a segunda, com duas sub-escalas de 16 itens, avalia as mesmas expectativas, mas na segunda fase do trabalho de parto (período expulsivo).

É um instrumento constituído por uma série de itens relacionados, que são pontuados. As pontuações das respostas a esses itens são somadas para gerar uma pontuação composta. Esta permite uma discriminação quantitativa entre os sujeitos em termos do atributo que está a ser medido (Norwood, 2000).

A grelha de resposta é constituída por uma escala de Likert de 10 pontos. A escala de tipo Likert é a mais conhecida. Foi desenvolvida em 1932, por Rensis Likert, é constituída por vários pontos de resposta, que têm atribuído um valor que reflecte a atitude da pessoa que responde em relação a cada afirmação. Segundo Fortin (1999), os pontos de uma escala de Likert devem conter no mínimo três opções, isto é, o indivíduo deve dizer se concorda, se está em dúvida ou se discorda com o que a frase diz sobre o tema avaliado. A principal característica é possibilitar aos inquiridos, não só a sua concordância ou discordância relativamente às afirmações mas também que indiquem o grau em que a situa. A pontuação total é dada pelo somatório das pontuações obtidas em cada afirmação (Fortin, 1999).

Na primeira sub-escala, referente à expectativa de resultado na fase activa do período de dilatação (Resultado-FA), e a que correspondem os itens 1 a 15, é pedido à mulher que imagine que está em trabalho de parto, que sente contracções uterinas com cinco minutos de intervalo ou menos, e que indique o quão útil (numa escala de 10 pontos, em que 1 corresponde a nada útil e 10 a muito útil) pensa que cada um dos comportamentos descritos a ajuda a lidar com o trabalho de parto.

Na sub-escala relativa à expectativa de auto-eficácia na fase activa do período de dilatação (Eficácia-FA), itens 16 a 30, com alusão aos mesmos comportamentos e nas mesmas condições, pede-se à mulher que pense o quanto se considera capaz (numa escala de 10 pontos, em que 1 corresponde a nada certa e 10 a completamente certa) de vir a realizar, com sucesso, esses mesmos comportamentos no trabalho de parto.

A sub-escala respeitante à expectativa de resultado na segunda fase do trabalho de parto (Resultado-SF) é composta por 16 itens (31 a 46). Nela, é pedido à respondente que imagine como será o período expulsivo e que indique o quão útil (numa escala de 10 pontos, em que 1 corresponde a nada útil e 10 a muito útil) pensa que cada um dos comportamentos descritos a ajuda a lidar com esta fase do trabalho de parto.

Na última sub-escala, concernente à expectativa de auto-eficácia no período expulsivo (Eficácia-SF), itens 47 a 62, pede-se à mulher que pense em que grau (numa escala de 10 pontos, em que 1 corresponde a nada certa e 10 a completamente certa) considera vir a realizar, com sucesso, esses mesmos comportamentos na segunda fase do trabalho de parto.

Cada uma das medições da primeira parte do questionário proporciona uma escala de resultado entre 15 e 150 pontos, enquanto cada uma das medições, da segunda parte, produz uma escala de resultado entre 16 e 160 pontos. Segundo indicação da autora, para facilidade de interpretação e gestão de dados, pode-se simplificar a pontuação de cada sub-escala para um número de 1 a 10, dividindo a pontuação da sub-escala pelo seu número de itens. A pontuação total da expectativa de resultado é calculada resumindo os resultados das sub-escalas Resultado-FA e Resultado-SF e a pontuação total da expectativa de auto-eficácia é efectuada da mesma forma, mas com as sub-escalas Eficácia-FA e Eficácia-SF.

Em ambos os casos, um resultado maior indica um nível mais alto de expectativa de auto-eficácia ou expectativa de resultado no trabalho de parto.

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

3. MATERIAL E MÉTODO

4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

3. MATERIAL E MÉTODO

Nesta secção, referimo-nos ao desenho de um estudo centrado, inicialmente, como já foi referido, na tradução, adaptação transcultural e validação para português da CBSEI e, posteriormente, e de acordo com a validade encontrada no instrumento, o estudo exploratório.

De acordo com Gil (1995), o estudo exploratório tem como finalidade *“proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado facto (...) quando o tema escolhido é pouco explorado...”*. Fortin (2009) afirma que o estudo exploratório procura *“... as relações entre conceitos a fim de obter um perfil geral do fenómeno...”*.

Seguiram-se os critérios de uma pesquisa de abordagem quantitativa, pois esta permite conhecer uma realidade, através da avaliação e mensuração das opiniões e reacções de um universo, usando-se uma amostra que o representa, de uma forma estatisticamente comprovada e significativa (Codato & Nakama, 2006).

3.1. Objectivos

O ponto de partida para a definição dos objectivos foi a questão inicial que levou a esta investigação, ou seja: *“Será que o *Childbirth Self-efficacy Inventory* é um instrumento de medida da auto-eficácia no trabalho de parto válido para o contexto português?”*

Desta questão inicial surgiram outras questões ligadas ao facto de haver a possibilidade de adaptar a escala à situação portuguesa e verificar se esta análise permitirá uma melhor e mais correcta avaliação e consequente apoio às mulheres em trabalho de parto, sobretudo as que esperam os primeiros filhos.

Este estudo tem, então, como finalidade a obtenção de um instrumento fiável e válido para a avaliação da auto-eficácia das mulheres portuguesas no trabalho de parto.

De forma a responder à questão em estudo, definem-se os seguintes objectivos:

- Traduzir o *Childbirth Self-efficacy Inventory* para a língua portuguesa.
- Efectuar a adaptação transcultural do CBSEI
- Verificar a fiabilidade e validade do CBSEI para medir a auto-eficácia das mulheres no trabalho de parto.

- Aplicar o Questionário de Auto-Eficácia no Trabalho de Parto (QAETP) em grávidas portuguesas.

3.2. Tradução e adaptação transcultural do CBSEI

Para a realização do estudo, foi em primeiro lugar contactada, via e-mail, a autora, Professora-Doutora Nancy Lowe, que autorizou a utilização do CBSEI (Anexo B).

De seguida, passou-se ao processo de tradução e adaptação transcultural do instrumento para o contexto português, utilizando-se um processo de tradução e retro-tradução, baseado no protocolo de Beaton e col. (1998).

A adaptação transcultural de um questionário auto-administrado para o uso num novo país, com uma cultura e/ou linguagem diferente exige um metodologia única, a fim de alcançar uma equivalência com a fonte original. O processo de adaptação empenha-se para produzir a equivalência com base no conteúdo.

Para a tradução e adaptação do CBSEI seguiu-se as directrizes do Instituto para Trabalho de Saúde de Toronto, denominada “Recomendações para Adaptação Cultural de Medida de Estados de Saúde”, da Academia Americana de Cirurgiões Ortopédicos proposta por Beaton e col. (2002), que prevê o cumprimento de cinco etapas: tradução inicial, síntese da tradução, tradução de volta ao idioma original, comité de juízes e pré-teste da versão final.

Etapa 1: Tradução Inicial

O protocolo inicia-se com a realização de duas traduções independentes para o idioma português, realizadas por duas portuguesas, com domínio do idioma inglês. Uma com conhecimento prévio do objectivo do estudo e da área da saúde e outra sem conhecimentos na área da saúde e sem conhecimento do objectivo do estudo, de forma a evitar os vieses de linguagem.

Etapa 2: Síntese da tradução

Com as duas versões em português, foi realizada uma cuidadosa análise dos textos produzidos, considerando-se, também, a versão original, de forma a minimizar as possibilidades de erros típicos de tradução, como omissão ou acréscimos de palavras e expressões que mudassem o sentido dos itens. Logo, foi possível produzir uma única versão (**tP**) que seria encaminhada para retro-tradução.

Etapa 3: Tradução de volta ao idioma original (retro-tradução)

A versão **tP** foi, posteriormente, enviada a duas novas tradutoras, sem conhecimentos na área da saúde e do objectivo do estudo, que efectuaram a retro-tradução. Este processo permite identificar as palavras que possam ser dúbias, sendo um método de validação que permite reconhecer os erros conceptuais da tradução.

Etapa 4: Painel de Especialistas e Adaptação Transcultural do Childbirth Self-Efficacy Inventory

O painel de especialistas foi constituído por cinco peritos na área de saúde materna e obstétrica (enfermeiras especialistas a trabalhar em contexto clínico e académico), com domínio da língua inglesa.

Nesta fase, cada um dos especialistas recebeu a versão original do CBSEI e as traduções elaboradas nas etapas 1, 2 e 3. Foram, também, fornecidas orientações para que procedessem à avaliação da escala em relação à equivalência semântica, cultural e conceptual.

Depois, foi realizada uma revisão de todas as anotações para se produzir a versão final e poder passar-se à fase de pré-teste.

Etapa 5: Pré-teste da versão final

Para poder avaliar a receptividade do instrumento pela população alvo, é extremamente importante a etapa do pré-teste, que se refere à aplicação do questionário a um grupo de indivíduos, com as mesmas características da população em estudo. Permite, também, descobrir as dificuldades da aplicação do instrumento e prever os obstáculos que podem emergir durante a aplicação definitiva.

O pré-teste foi, então, realizado a 10 mulheres, no terceiro trimestre de gravidez, a efectuar consulta de obstetrícia numa instituição hospitalar, pertencentes ao universo em estudo.

Na sua aplicação, foi monitorizado o tempo que as grávidas dispensaram para responder ao inquérito e, após o seu preenchimento, as respondentes foram inquiridas sobre a compreensão de cada afirmação e sobre as dificuldades encontradas.

Verificou-se que o questionário demora cerca de 10 minutos a ser preenchido e que não foram encontradas dificuldades que sugerissem alterações à sua tradução final.

3.3. Fidelidade e Validade da escala

No momento em que se inicia um estudo de investigação e em que se pretende quantificar, avaliar ou medir informações, o pesquisador necessita ponderar os critérios de significância e precisão dos instrumentos de medida que utilizará.

A fidelidade e a validade são parte integrante do processo de verificação psicométrica de um instrumento de medida. Enquanto a validade diz respeito à capacidade do instrumento em medir o que se pretende analisar, a fiabilidade está relacionada com a persistência dos resultados obtidos quando o que se pretende medir é avaliado ou quantificado mais do que uma vez (Martins, 2006).

A idoneidade de uma medida ser resistente é aferida através da fidelidade. Se os resultados de um instrumento aplicados a uma população com as mesmas características são sempre os mesmos, pode-se dizer que é uma medida fiável e confiar nesse significado (Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Para Maroco e Garcia-Marques (2006), é importante frisar que se uma medida é unidimensional, esta apresenta maior consistência, condição necessária mas não suficiente para a singularidade da escala. O CBSEI é um instrumento multidimensional, pois avalia as expectativas de resultado e as expectativas de auto-eficácia.

Num instrumento, a fidelidade pode ser medida de diferentes formas, tais como a percentagem de concordância, o qui-quadrado, o coeficiente de correlação de Pearson, o Kappa e o coeficiente de correlação intraclasse que controlam o efeito do acaso e, portanto, são consideradas mais adequadas.

A selecção destes coeficientes depende da natureza do instrumento a ser avaliado. O Kappa deve ser utilizado quando o instrumento avaliado produz medidas categóricas como um diagnóstico. Por sua vez, o Kappa ponderado deve ser aplicado quando o instrumento produz categorias ordenadas como óptimo, bom, regular, mau e péssimo. Por fim, o coeficiente de correlação intraclasse é um teste de fiabilidade que é aplicado quando o instrumento produz valores numéricos discretos ou contínuos (Menezes; Nascimento, 2000).

A validade refere-se à habilidade de um instrumento em medir o que se propõe, o que está em foco (Eça, 2001). Para verificar a validade de um instrumento, podem usar-se várias estratégias, de acordo com o tipo de informação fornecida e com o propósito do investigador: a validade de conteúdo, a validade do constructo e a validade relacionada com critério.

A validade de conteúdo, segundo Kirkwood (2010), indica que os itens que compõem o instrumento de medida mostram adequadamente o universo do conteúdo que define a variável que está a ser medida. É o grau em que a medição representa o conceito que se pretende medir. É um julgamento subjectivo sobre se as medidas fazem sentido. Precisa de ser analisada, invariavelmente, com a finalidade de assegurar que todos os aspectos fundamentais sejam, adequadamente, e em proporções correctas, abrangidos pelos itens do teste (Martins, 2006). Foi, então, efectuada com recurso a um painel de especialistas, que avaliou a pertinência teórica das questões.

O conceito de validade de constructo, por sua vez, segundo Guillemín (1995, cit. por Martins, 2006), é extremamente útil para explicar a natureza dos instrumentos que medem traços para os quais não se possuem critérios externos, está relacionada com a generalização. Não se expressa sob a forma simples de coeficientes de correlação, é a propriedade do método de mensuração que mede correctamente o constructo subjacente, que pode conter vários atributos.

Gandek e Ware (1998) definem a validade de constructo como um processo no qual a validade é avaliada em termos da extensão, na qual a medida se correlaciona com variáveis de uma maneira consistente com a teoria. Pode-se então dizer que a validade de constructo estabelece definições conceptuais e operacionais dos principais termos e variáveis do estudo para que se saiba exactamente o que se quer estudar, medir ou descrever e esta deve, necessariamente, encontrar-se vinculada a uma teoria (Martins, 2006). Recorreu-se à análise factorial para aferir a validade do constructo.

Na validade de critério, o investigador efectua uma abordagem prática do instrumento e procura constituir relações entre as pontuações do instrumento em questão, com algum critério externo (Polit & Beck, 2001). Quanto mais os resultados do instrumento de medida se relacionarem com o critério maior será a validade.

Segundo Martins (2006), a fiabilidade de uma medida é a confiança que esta mesma infunde, esperando-se que a sua aplicação repetida produza resultados iguais. É, como já dito anteriormente, um aspecto elementar para cotar a qualidade de um instrumento.

3.3.1. Fidelidade

A fidelidade do QAETP foi verificada com recurso ao coeficiente alpha de Cronbach e a partir da correlação total dos itens de cada sub-escala, de forma a poder

determinar a homogeneidade ou consistência interna do instrumento, isto é, se as questões da escala se correlacionam ou são complementares umas às outras.

O alpha de Cronbach é o indicador mais frequentemente utilizado na análise da consistência interna, pois é capaz de reflectir o grau de co-variância dos itens do instrumento entre si. Quanto maior o valor de alpha, maior a variância do conjunto de itens e menor a variância específica de cada item, o que indica a congruência entre os itens de um instrumento. Pode assumir valores entre zero e um numa escala progressiva de ajustes (Martins, 2006; Maroco & Garcia-Marques, 2006).

Consistência Interna

Os valores do coeficiente alpha de Cronbach encontrados variam entre 0,891 (bom) e 0,951 (excelente) como se pode observar na tabela 1. Assim, podemos afirmar que o instrumento apresenta valores de consistência interna excelentes. Estes valores estão em sintonia com os encontrados por outros autores, nomeadamente Ip, Chien e Chan (2004).

Tabela 1 – Consistência interna

	Alpha de Cronbach	Nº de itens
Resultados FA ₁	0,891	15
Eficácia FA ₂	0,941	15
Resultados SF ₃	0,924	16
Eficácia SF ₄	0,951	16

₁ Expectativa de Resultado na Fase Activa (15 itens)

₂ Expectativa de Auto-eficácia na Fase Activa (15 itens)

₃ Expectativa de Resultado na Segunda fase (16 itens)

₄ Expectativa de Auto-eficácia na Segunda fase (16 itens)

Teste-Reteste

Não foi necessário realizar-se um teste-reteste, uma vez que o instrumento é considerado um estado, mais que um fenómeno de Trait (Lowe 1993).

3.3.2. Validade de constructo

A validade de constructo foi analisada com recurso à análise factorial exploratória.

Análise factorial

Tal como sugerido por autores anteriores, nomeadamente Lowe (1993), foram realizadas quatro análises factoriais separadas para cada uma das subescalas, para evitar o erro sistemático resultante da repetição de itens no parto activo e na segunda fase.

A validade da análise factorial exploratória (AFE) foi testada com o Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que afere as correlações parciais entre variáveis, e o teste de Bartlett que aprecia a hipótese de que a matriz de correlações é diferente da matriz identidade, ou seja, a de que as variáveis da base de dados só estão correlacionadas com elas próprias. Como se rejeita a hipótese nula ($p=0,000$), isto significa que as variáveis estão correlacionadas umas com as outras. Então, verifica-se que os resultados obtidos $KMO > 0.90$ e a significância do teste de Bartlett ($p=0,000$) comprovam a adequação dos dados.

Para extracção das componentes principais seguiu-se o critério Kaiser (eigenvalue > 1) seguido de rotação Varimax.

Quaisquer dos testes efectuados para a AFE extraem um factor principal que genericamente explica mais de metade da variância total (44,9%, 57,3%, 52,0% e 60,1%) como se verifica na tabela 2, claramente indicando a bondade da interpretação de um único factor para cada uma das subescalas.

Novamente, os valores estão em sintonia com os encontrados por outros autores, designadamente Ip, Chien e Chan (2004).

Tabela 2 – Análise factorial

Subescalas	Factores extraídos	Eigenvalue	Variância explicada
Resultados FA ₁	1	6,74	44,9
	2	1,37	9,1
Eficácia FA ₂	1	8,60	57,3
	2	1,07	7,1

Resultados SF ₃	1	8,32	52,0
	2	1,33	8,3
	3	1,02	6,4
Eficácia SF ₄	1	9,62	60,1
	2	1,22	7,6
	3	1,08	6,7

₁ Expectativa de Resultado na Fase Activa (15 itens)

₂ Expectativa de Auto-eficácia na Fase Activa (15 itens)

₃ Expectativa de Resultado na segunda fase (16 itens)

₄ Expectativa de Auto-eficácia na segunda fase (16 itens)

Sensibilidade discriminativa das subescalas

Para analisar a sensibilidade das escalas na diferenciação dos resultados da auto-eficácia, bem como a dinâmica e a natureza temporal das fases do trabalho de parto utilizou-se o teste t *de Student* para amostras emparelhadas. Para eliminar o facto de as subescalas terem um número diferente de itens foi calculado um valor médio para cada subescala. Todas as diferenças de médias são estatisticamente significativas o que atesta a necessidade da utilização das quatro subescalas do instrumento (tabela 3). Os resultados são ainda consistentes com os estudos anteriores, que normalmente encontram valores para os **resultados** superiores aos da **auto-eficácia**.

Tabela 3 – Estatísticas emparelhadas

Comparação	Média	Dp	Sig
Resultados FA	8,59	1,18	0,000
Resultados SF	8,31	1,40	
Eficacia FA	7,43	1,69	0,001
Eficacia SF	7,25	1,77	
Resultados FA	8,59	1,18	0,000
Eficacia FA	7,43	1,69	
Resultados SF	8,31	1,40	0,000
Eficacia SF	7,25	1,77	

Correlações

A análise da matriz de correlações das subescalas indica, como esperado, que todos os valores são significativos e positivos entre as subescalas e que as correlações mais elevadas ocorrem entre as subescalas *Expectativas dos Resultados na Fase Activa* (Resultados-FA) e *Expectativa dos Resultados na Segunda Fase* (Resultados-SF) (0,822) e entre *Expectativa da Auto-Eficácia na Fase Activa* (Eficácia-FA) e *Expectativas da Auto-Eficácia na Segunda Fase* (Eficácia-SF) (0,852). As correlações entre escalas diferentes (resultados vs expectativas) são de tipo moderado (tabela 4).

Tabela 4 – Correlações de Pearson do QAETP

	Resultados FA	Eficácia FA	Resultados SF
Eficácia FA	0,59(**)		
Resultados SF	0,82(**)	0,61(**)	
Eficácia SF	0,49(**)	0,85(**)	0,64(**)

** Correlação significativa para um nível $\leq 0,01$

₁ Expectativa de Resultado na Fase Activa (15 itens)

₂ Expectativa de Auto-eficácia na Fase Activa (15 itens)

₃ Expectativa de Resultado na segunda fase (16 itens)

₄ Expectativa de Auto-eficácia na segunda fase (16 itens)

É demonstrado que todas as sub-escalas do QAETP estão estatisticamente correlacionadas de forma significativa.

3.4. População e amostra

De acordo com Fortin (2009) *“uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios”*. Afirmo que é necessário definir a população a estudar sendo a população-alvo *“... constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações”*.

A população do estudo compreendeu todas as grávidas, que recorreram aos serviços do Departamento da Mulher e da Criança do Centro Hospitalar do Porto.

A amostra pode definir-se como um subconjunto da população. Deve ser representativa da população, atender a critérios de inclusão e exclusão e possibilitar que os resultados obtidos possam ser extrapolados para a população-alvo.

Pode ser considerada sequencial, pois, segundo Pais Ribeiro (2010), esta *“designa a amostra em que as unidades constituintes são escolhidas estritamente na base “primeiro que aparece, primeiro escolhido”. Todos os indivíduos que são elegíveis para participar no estudo deverão ser incluídos conforme vão aparecendo.”*

Para determinação da amostra definiu-se como critérios de inclusão: mulheres com mais de 18 anos, com 24 ou mais semanas de gestação, que recorressem aos serviços de obstetrícia do Centro Hospitalar do Porto e que aceitassem participar no estudo; ficaram excluídas da amostra as grávidas analfabetas, dado o instrumento ser de auto-preenchimento.

Como o questionário apresenta 62 itens de resposta, de forma a conseguir-se uma amostra representativa, que permita efectuar a análise factorial, considerou-se pelo menos, 5 respondentes por item e mais de 100 casos (Pais Ribeiro, 2010)

3.5. Colheita de dados

A colheita de dados foi efectuada no período compreendido entre Setembro e Dezembro de 2009, nas Unidades Hospital de Santo António e Maternidade Júlio Dinis, serviços de internamento e consulta de obstetrícia, incluindo sala de parto e serviço de admissão.

O questionário, de auto-preenchimento, uma explicação do estudo e a declaração de consentimento informado (Anexo D) foram distribuídos pela investigadora a todas as grávidas que cumpriam os critérios de inclusão.

Após o preenchimento do questionário, este foi colocado numa caixa fechada própria para esse fim.

3.6. Instrumentos de medida

Foram utilizados dois instrumentos de medida, um com questões sócio-demográficas e o QAETP.

O questionário para caracterização sócio-demográfica incluiu as seguintes questões:

- ✓ Idade (variável contínua, que posteriormente foi agrupada em escalões etários ≤ 19 anos, 20-25, 26-30, 31-35, 36-40 e ≥ 41 anos, tornando-se uma variável ordinal);
- ✓ Estado civil (variável nominal, operacionalizada em: casada/união de facto, solteira, divorciada, viúva e outra);
- ✓ Escolaridade (variável ordinal, operacionalizada em: 4º ano, 9º ano, 12º ano, bacharelato/licenciatura, mestrado/doutoramento e nunca estudou)
- ✓ Número de vezes que esteve grávida (variável quantitativa discreta)
- ✓ Experiência de parto (variável nominal, operacionalizada em duas categorias: sim e não)
- ✓ Idade gestacional (variável contínua, posteriormente agrupada em duas categorias: ≤ 36 semanas de gestação e ≥ 37 semanas de gestação, transformando-se numa variável ordinal)
- ✓ Frequência de aulas de preparação para o parto (variável nominal, operacionalizada em duas categorias: sim e não)

O QAETP, após ter sido traduzido e validado, foi o instrumento de medida utilizado para avaliar a confiança materna na capacidade para lidar com o trabalho de parto. Como já referido anteriormente, é um questionário de auto-preenchimento, com 62 itens, constituído por duas partes: a primeira com duas sub-escalas de 15 itens, que avalia a expectativa de resultado e de auto-eficácia na fase activa do período de dilatação; a segunda, com duas sub-escalas de 16 itens, em que se avaliam as mesmas expectativas, mas, na segunda fase do trabalho de parto (período expulsivo).

Como já foi descrito precedentemente, na primeira parte do questionário as medições oferecem uma escala de 15 e 150 pontos, enquanto na segunda parte do

questionário proporciona uma escala entre 16 e 160 pontos. Pode-se facilitar a pontuação de cada sub-escala para um número de 1 a 10, dividindo a pontuação da sub-escala pelo seu número de itens. A pontuação total da expectativa de resultado é calculada sintetizando os resultados das sub-escalas Resultado-FA e Resultado-SF e a pontuação total da expectativa de auto-eficácia é efectuada da mesma forma, mas com as sub-escalas Eficácia-FA e Eficácia-SF.

O tratamento dos dados foi efectuado através de uma estatística descritiva e inferencial com recurso ao Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 18.0.

3.7. Considerações éticas

Toda e qualquer investigação realizada no campo da actividade do ser humano levanta questões de ordem ética e moral, pelo que se deve salvaguardar e proteger os direitos e a liberdade dos indivíduos que participam nas pesquisas (Fortin, 2009).

O estudo teve início após autorização do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto, com a devida aprovação da Comissão de Ética (Anexo A).

A privacidade e a confidencialidade da informação foram asseguradas, com o cumprimento dos requisitos estipulados pela instituição.

Às participantes foi fornecida informação sobre os objectivos do estudo e foi explicado que se recusassem cooperar, a sua recusa não traria qualquer prejuízo na assistência prestada, respeitando-se dessa forma a sua autonomia e liberdade, após o que assinaram uma declaração de consentimento informado, onde declararam aceitar participar no estudo.

Foram ainda informadas que terão possibilidade de aceder aos resultados da investigação, após a sua conclusão.

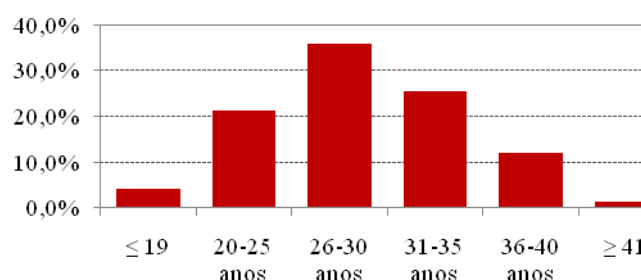
4. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A pesquisa de campo foi iniciada logo que se completaram todas as etapas do protocolo de Beaton e col. (1998), anteriormente descritas, e se efectuou a validação da escala.

Como já referido, para além do QAETP, as participantes responderam a um grupo de questões sócio-demográficas que possibilitaram a sua caracterização.

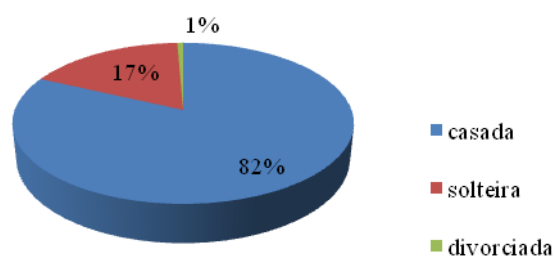
Colaboraram no estudo 310 mulheres. A média de idade é de 29,3 anos ($dp=5,3$ anos), com uma dispersão de idades entre os 18 e os 42 anos. A distribuição por escalões etários pode ser apreciada no gráfico nº 1. O escalão mais representado é o escalão 26-30 anos, que compreende 35,8% ($n=111$) do total. Um pouco mais de metade destas mulheres indica que foi a primeira vez que esteve grávida (54,5%).

Gráfico 1 – Escalões etários



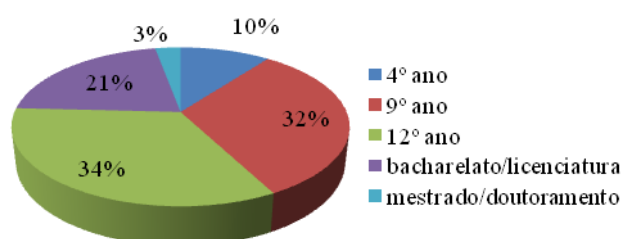
As casadas representam 82,0% do total de inquiridas, seguindo-se depois as solteiras (17,0%) e as divorciadas (1,0%), como se pode verificar no gráfico 2.

Gráfico 2 – Estado civil



Em termos de escolaridade (gráfico 3), cerca de um quarto da amostra tem habilitações de nível superior (licenciatura 21,0% e mestrado/doutoramento 3,0%). A habilitação predominante refere-se ao 12º ano (34,0%).

Gráfico 3 – Escolaridade



A maioria das inquiridas, como se observa na tabela 5, não tinha experiência de parto (59,0%).

Tabela 5- Experiência de parto

	Frequência	Percentagem
Não	183	59,0
Sim	127	41,0
Total	310	100,0

Uma elevada percentagem (75,8%) não frequentou aulas de preparação para o parto (tabela 6).

Tabela 6 - Frequência de aulas de preparação para o parto

	Frequência	Percentagem
sim	75	24,2
não	235	75,8
Total	310	100,0

A maioria dos partos foi de termo, ocorrendo depois de 37 semanas de gestação (64,8%, $n=201$).

Tabela 7 – Idade Gestacional

	Frequência	Percentagem
≤ 36 semanas de gestação	109	35,2
≥ 37 semanas de gestação	201	64,8
Total	310	100,0

CAPITULO III - RESULTADOS

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Nesta fase irá dar-se ordem, estrutura e significados aos dados, irá também ser demonstrado a forma como os dados foram processados e como tal os seus resultados.

Os testes de correlações produto-momento de Pearson foram usados para explorar as relações entre os resultados do QAETP e as variáveis demográficas como a paridade, as aulas de preparação para o parto e o nível de educação.

Análise descritiva

As respostas às escalas podem ser apreciadas nas tabelas seguintes (tabelas 8, 9, 10 e 11). Nelas, evidenciam-se a cinza claro as respostas mais frequentes (resposta modal).

O item com a média mais elevada foi “***utilizar a respiração durante as contracções do parto***” (M=9,23) e o item com a média mais baixa foi “***concentrar-me num objecto do quarto para me distrair***” (M=4,52).

Tabela 8 - Expectativas dos Resultados na Fase Activa (Resultados - FA)

		nada									muito	
		útil	2	3	4	5	6	7	8	9	útil	Total
Relaxar o meu corpo	Freq.	2	1	2	1	13	12	14	40	38	187	310
	%	0,6	0,3	0,6	0,3	4,2	3,9	4,5	12,9	12,3	60,3	100,0
Preparar-me para cada contracção	Freq.		1	4	3	14	17	18	43	43	167	310
	%		0,3	1,3	1,0	4,5	5,5	5,8	13,9	13,9	53,9	100,0
Utilizar a respiração durante as contracções do parto	Freq.			2		5	9	13	29	49	203	310
	%			0,6		1,6	2,9	4,2	9,4	15,8	65,5	100,0
Manter-me controlada	Freq.	1	1	3	1	4	4	11	30	52	203	310
	%	0,3	0,3	1,0	0,3	1,3	1,3	3,5	9,7	16,8	65,5	100,0
Pensar em relaxamento	Freq.	1	5	5	2	23	15	20	46	48	145	310
	%	0,3	1,6	1,6	0,6	7,4	4,8	6,5	14,8	15,5	46,8	100,0
Concentrar-me num objecto do quarto para me distrair	Freq.	35	9	17	20	48	31	34	41	23	52	310
	%	11,3	2,9	5,5	6,5	15,5	10,0	11,0	13,2	7,4	16,8	100,0
Manter-me calma	Freq.	1	2	1	4	5	7	13	23	56	198	310
	%	0,3	0,6	0,3	1,3	1,6	2,3	4,2	7,4	18,1	63,9	100,0
Concentrar-me a pensar no bebé	Freq.		1	2	1	11	6	9	33	40	207	310
	%		0,3	0,6	0,3	3,5	1,9	2,9	10,6	12,9	66,8	100,0
Ficar atenta a cada contracção	Freq.	3	3	3	2	20	14	22	49	53	141	310
	%	1,0	1,0	1,0	0,6	6,5	4,5	7,1	15,8	17,1	45,5	100,0
Pensar positivo	Freq.	2		2	6	4	4	16	26	54	196	310
	%	0,6		0,6	1,9	1,3	1,3	5,2	8,4	17,4	63,2	100,0
Não pensar na dor	Freq.	4		7	6	14	11	21	41	46	160	310
	%	1,3		2,3	1,9	4,5	3,5	6,8	13,2	14,8	51,6	100,0
Dizer a mim mesma que sou capaz	Freq.	1	1	4	5	12	8	14	31	51	183	310
	%	0,3	0,3	1,3	1,6	3,9	2,6	4,5	10,0	16,5	59,0	100,0
Pensar nos outros membros da Família	Freq.	22	16	20	10	34	37	36	34	30	71	310
	%	7,1	5,2	6,5	3,2	11,0	11,9	11,6	11,0	9,7	22,9	100,0
Concentrar-me em ultrapassar uma contracção de cada vez	Freq.	2		4	4	12	8	19	46	61	154	310
	%	0,6		1,3	1,3	3,9	2,6	6,1	14,8	19,7	49,7	100,0
Escutar o encorajamento da pessoa que me está a assistir	Freq.	2	1	4	4	7	10	16	43	50	173	310
	%	0,6	0,3	1,3	1,3	2,3	3,2	5,2	13,9	16,1	55,8	100,0

Tabela 9 - Expectativa da Auto-Eficácia na Fase Activa (Eficácia - FA)

		nada útil	2	3	4	5	6	7	8	9	muito útil	Total
Relaxar o meu corpo	Freq.	12	4	5	8	32	22	48	53	46	80	310
	%	3,9	1,3	1,6	2,6	10,3	7,1	15,5	17,1	14,8	25,8	100,0
Preparar-me para cada contracção	Freq.	6	4	7	10	24	21	46	63	57	72	310
	%	1,9	1,3	2,3	3,2	7,7	6,8	14,8	20,3	18,4	23,2	100,0
Utilizar a respiração durante as contracções do parto	Freq.	4	3	9	7	17	18	38	53	52	109	310
	%	1,3	1,0	2,9	2,3	5,5	5,8	12,3	17,1	16,8	35,2	100,0
Manter-me controlada	Freq.	7	4	6	12	28	18	53	56	44	82	310
	%	2,3	1,3	1,9	3,9	9,0	5,8	17,1	18,1	14,2	26,5	100,0
Pensar em relaxamento	Freq.	14	4	4	12	35	21	56	68	37	59	310
	%	4,5	1,3	1,3	3,9	11,3	6,8	18,1	21,9	11,9	19,0	100,0
Concentrar-me num objecto do quarto para me distrair	Freq.	66	15	25	25	47	26	37	28	17	24	310
	%	21,3	4,8	8,1	8,1	15,2	8,4	11,9	9,0	5,5	7,7	100,0
Manter-me calma	Freq.	8	4	9	10	30	24	51	48	42	84	310
	%	2,6	1,3	2,9	3,2	9,7	7,7	16,5	15,5	13,5	27,1	100,0
Concentrar-me a pensar no bebé	Freq.			8	2	10	18	23	52	63	134	310
	%			2,6	0,6	3,2	5,8	7,4	16,8	20,3	43,2	100,0
Ficar atenta a cada contracção	Freq.	3	3	6	8	21	26	48	70	42	83	310
	%	1,0	1,0	1,9	2,6	6,8	8,4	15,5	22,6	13,5	26,8	100,0
Pensar positive	Freq.	4	4	5	7	15	19	46	62	41	107	310
	%	1,3	1,3	1,6	2,3	4,8	6,1	14,8	20,0	13,2	34,5	100,0
Não pensar na dor	Freq.	20	11	9	16	33	33	39	49	27	73	310
	%	6,5	3,5	2,9	5,2	10,6	10,6	12,6	15,8	8,7	23,5	100,0
Dizer a mim mesma que sou capaz	Freq.	5	5	3	7	27	28	36	60	36	103	310
	%	1,6	1,6	1,0	2,3	8,7	9,0	11,6	19,4	11,6	33,2	100,0
Pensar nos outros membros da família	Freq.	41	21	22	19	38	36	39	33	13	48	310
	%	13,2	6,8	7,1	6,1	12,3	11,6	12,6	10,6	4,2	15,5	100,0
Concentrar-me em ultrapassar uma contracção de cada vez	Freq.	1	3	7	9	24	35	37	69	49	76	310
	%	0,3	1,0	2,3	2,9	7,7	11,3	11,9	22,3	15,8	24,5	100,0
Escutar o encorajamento da pessoa que me está a assistir	Freq.	3	5	4	6	19	15	42	67	48	101	310
	%	1,0	1,6	1,3	1,9	6,1	4,8	13,5	21,6	15,5	32,6	100,0

Tabela 10 - Expectativa de Resultado na Segunda Fase (Resultados - SF)

		nada útil	2	3	4	5	6	7	8	9	muito útil	Total
Relaxar o meu corpo	Freq.	12	3	5	3	13	11	26	38	38	161	310
	%	3,9	1,0	1,6	1,0	4,2	3,5	8,4	12,3	12,3	51,9	100,0
Preparar-me para cada contracção	Freq.	4	4	2	7	10	9	23	47	51	153	310
	%	1,3	1,3	0,6	2,3	3,2	2,9	7,4	15,2	16,5	49,4	100,0
Utilizar a respiração durante as contracções do parto	Freq.	1		2	1	7	9	17	29	52	192	310
	%	0,3		0,6	0,3	2,3	2,9	5,5	9,4	16,8	61,9	100,0
Manter-me controlada	Freq.		2	2	5	2	10	20	39	59	171	310
	%		0,6	0,6	1,6	0,6	3,2	6,5	12,6	19,0	55,2	100,0
Pensar em relaxamento	Freq.	7	7	6	6	14	25	26	49	56	114	310
	%	2,3	2,3	1,9	1,9	4,5	8,1	8,4	15,8	18,1	36,8	100,0
Concentrar-me num objecto do quarto para me distrair	Freq.	48	20	21	22	49	34	30	34	24	28	310
	%	15,5	6,5	6,8	7,1	15,8	11,0	9,7	11,0	7,7	9,0	100,0
Manter-me calma	Freq.	3	1	3	3	11	14	21	37	52	165	310
	%	1,0	0,3	1,0	1,0	3,5	4,5	6,8	11,9	16,8	53,2	100,0
Concentrar-me a pensar no bebé	Freq.			3	2	4	14	15	30	48	194	310
	%			1,0	0,6	1,3	4,5	4,8	9,7	15,5	62,6	100,0
Ficar atenta a cada contracção	Freq.	4	2	4	3	13	19	25	41	45	154	310
	%	1,3	0,6	1,3	1,0	4,2	6,1	8,1	13,2	14,5	49,7	100,0
Pensar positivo	Freq.	1	3	1	2	8	13	17	28	59	178	310
	%	0,3	1,0	0,3	0,6	2,6	4,2	5,5	9,0	19,0	57,4	100,0
Não pensar na dor	Freq.	2	3	7	5	15	18	25	33	60	142	310
	%	0,6	1,0	2,3	1,6	4,8	5,8	8,1	10,6	19,4	45,8	100,0
Dizer a mim mesma que sou capaz	Freq.	4	3		4	10	12	16	37	56	168	310
	%	1,3	1,0		1,3	3,2	3,9	5,2	11,9	18,1	54,2	100,0
Pensar nos outros membros da família	Freq.	36	14	25	16	39	35	34	41	19	51	310
	%	11,6	4,5	8,1	5,2	12,6	11,3	11,0	13,2	6,1	16,5	100,0
Concentrar-me em ultrapassar uma contracção de cada vez	Freq.	7	3	4	6	9	10	29	52	51	139	310
	%	2,3	1,0	1,3	1,9	2,9	3,2	9,4	16,8	16,5	44,8	100,0
Concentrar-me na pessoa que m está a assistir no parto	Freq.	6	5	6	4	15	11	26	47	48	142	310
	%	1,9	1,6	1,9	1,3	4,8	3,5	8,4	15,2	15,5	45,8	100,0
Escutar o encorajamento da pessoa que me está a assistir	Freq.	4	4	2	2	10	11	22	46	42	167	310
	%	1,3	1,3	0,6	0,6	3,2	3,5	7,1	14,8	13,5	53,9	100,0

Tabela 11 - Expectativa da Auto- Eficácia na Segunda Fase (Eficácia – SF)

		nada útil	2	3	4	5	6	7	8	9	muito útil	Total
Relaxar o meu corpo	Freq.	20	5	9	8	33	22	42	55	44	72	310
	%	6,5	1,6	2,9	2,6	10,6	7,1	13,5	17,7	14,2	23,2	100,0
Preparar-me para cada contracção	Freq.	9	6	9	9	26	19	50	55	59	68	310
	%	2,9	1,9	2,9	2,9	8,4	6,1	16,1	17,7	19,0	21,9	100,0
Utilizar a respiração durante as contracções do parto	Freq.	5	2	4	17	14	26	46	50	46	100	310
	%	1,6	0,6	1,3	5,5	4,5	8,4	14,8	16,1	14,8	32,3	100,0
Manter-me controlada	Freq.	5	5	5	15	23	36	47	50	51	73	310
	%	1,6	1,6	1,6	4,8	7,4	11,6	15,2	16,1	16,5	23,5	100,0
Pensar em relaxamento	Freq.	12	10	11	14	28	45	41	55	37	57	310
	%	3,9	3,2	3,5	4,5	9,0	14,5	13,2	17,7	11,9	18,4	100,0
Concentrar-me num objecto do quarto para me distrair	Freq.	74	25	32	30	40	17	27	33	13	19	310
	%	23,9	8,1	10,3	9,7	12,9	5,5	8,7	10,6	4,2	6,1	100,0
Manter-me calma	Freq.	6	5	7	18	33	31	44	49	45	72	310
	%	1,9	1,6	2,3	5,8	10,6	10,0	14,2	15,8	14,5	23,2	100,0
Concentrar-me a pensar no bebé	Freq.	3	2	2	4	14	15	20	62	61	127	310
	%	1,0	0,6	0,6	1,3	4,5	4,8	6,5	20,0	19,7	41,0	100,0
Ficar atenta a cada contracção	Freq.	5	4	4	12	29	40	33	65	42	76	310
	%	1,6	1,3	1,3	3,9	9,4	12,9	10,6	21,0	13,5	24,5	100,0
Pensar positivo	Freq.	1	5	4	7	23	36	38	61	41	94	310
	%	0,3	1,6	1,3	2,3	7,4	11,6	12,3	19,7	13,2	30,3	100,0
Não pensar na dor	Freq.	13	8	16	33	38	25	37	45	31	64	310
	%	4,2	2,6	5,2	10,6	12,3	8,1	11,9	14,5	10,0	20,6	100,0
Dizer a mim mesma que sou capaz	Freq.	3	6	9	6	21	26	50	56	37	96	310
	%	1,0	1,9	2,9	1,9	6,8	8,4	16,1	18,1	11,9	31,0	100,0
Pensar nos outros membros da Família	Freq.	56	27	30	15	35	21	39	27	18	42	310
	%	18,1	8,7	9,7	4,8	11,3	6,8	12,6	8,7	5,8	13,5	100,0
Concentrar-me em ultrapassar uma contracção de cada vez	Freq.	7	7	8	9	23	31	53	59	41	72	310
	%	2,3	2,3	2,6	2,9	7,4	10,0	17,1	19,0	13,2	23,2	100,0
Concentrar-me na pessoa que m está a assistir no parto	Freq.	3	9	7	9	18	31	38	64	49	82	310
	%	1,0	2,9	2,3	2,9	5,8	10,0	12,3	20,6	15,8	26,5	100,0
Escutar o encorajamento da pessoa que me está a assistir	Freq.	3	4	5	6	15	26	34	66	49	102	310
	%	1,0	1,3	1,6	1,9	4,8	8,4	11,0	21,3	15,8	32,9	100,0

Os valores mínimos, máximos, médios e respectivos desvios-padrão obtidos pelos sujeitos nas 4 subescalas podem ser apreciados na tabela 12, assim como os *scores* médios. Considera-se que há uma percepção de alta expectativa de resultado ou de expectativa de auto-eficácia, quando o valor da resposta é superior a seis.

Tabela 12 – Estatísticas descritivas

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Score médio
Resultado FA ₁	310	33	150	128,96	17,71	8,60
Eficácia FA ₂	310	25	150	111,45	25,37	7,43
Resultado SF ₃	310	31	160	133,11	22,45	8,32
Eficácia SF ₄	310	22	160	116,10	28,45	7,26

₁ Expectativa de Resultado na Fase Activa (15 itens)

₂ Expectativa de Auto-eficácia na Fase Activa (15 itens)

₃ Expectativa de Resultado na segunda fase (16 itens)

₄ Expectativa de Auto-eficácia na segunda fase (16 itens)

Conforme se pode observar na tabela 13, as expectativas de resultado no trabalho de parto (Resultado-total), obtidas pela soma entre as expectativas de resultado na fase activa e na segunda fase do trabalho de parto, tiveram uma pontuação média de 16,92 e as expectativas de auto-eficácia no trabalho de parto (Eficácia-total), conseguidas através da soma das expectativas de auto-eficácia na fase activa e na segunda fase do trabalho de parto, obtiveram uma pontuação média de 14,69, podendo concluir-se que as inquiridas apresentam uma alta percepção de auto-eficácia no trabalho de parto.

Tabela 13 – Expectativas de resultado e de Auto-eficácia no parto

	Score médio	Desvio Padrão
Resultado - Total	16,92	2,47
Eficácia - Total	14,69	3,34

5.1. Resultados das variáveis sócio-demográficas

a. Experiência de parto

Observam-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 14 – Teste t de Student para amostras independentes

	Não		Sim		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Resultados FA ₁	129,43	18,44	128,29	16,64	0,581
Resultados SF ₂	133,98	22,67	131,83	22,14	0,407
Eficácia FA ₃	108,49	26,99	115,71	22,25	0,013 *
Eficácia SF ₄	112,33	29,54	121,51	25,974	0,005 *

* $p \leq 0,05$

₁ Expectativa de Resultado na Fase Activa (15 itens)

₂ Expectativa de Resultado na Segunda fase (16 itens)

₃ Expectativa de Auto-eficácia na Fase Activa (15 itens)

₄ Expectativa de Auto-eficácia na Segunda fase (16 itens)

Eficácia FA, $t(308) = -2,486$, $p=0,013$, as mulheres com experiência de parto obtêm valores significativamente mais elevados nesta subescala do que as mulheres sem experiência de parto (115,71 *versus* 108,49).

Eficácia SF, $t(308) = -2,825$, $p=0,005$, as mulheres com experiência de parto obtêm valores significativamente mais elevados nesta subescala do que as mulheres sem experiência de parto (121,51 *versus* 112,33).

b. Idade

Verificam-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 15 – Anova One-Way

	≤ 19 anos		20-25		26-30		31-35		36-40		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	
Resultados FA	121,08	27,38	126,33	21,15	130,35	15,82	131,28	15,80	126,97	15,60	0,163
Resultados SF	107,15	31,80	111,35	26,92	113,74	23,37	111,51	24,63	105,03	27,60	0,459
Eficácia FA	119,69	37,77	130,02	26,14	136,44	18,82	134,41	19,66	129,73	22,90	0,051 **
Eficácia SF	104,46	36,43	116,29	31,89	119,08	26,35	114,81	26,06	111,95	29,68	0,364

** $p \leq 0,10$

Eficácia FA, $F(4, 301) = 2,394$, $p = 0,051$, a análise do teste de comparação múltipla, à posteriori de *Scheffe* (tabela 15), indica que as diferenças significativas se encontram nas mulheres mais novas e nas do escalão 26-30 anos, sendo que as mais novas obtêm valores mais baixos nesta subescala (119,69 vs 136,44).

Tabela 16 – Teste de Scheffe

Idade	Subset for alpha = 0.05		
	N	1	2
≤ 19 anos	13	119,6923	
36-40 anos	37	129,7297	129,7297
20-25 anos	66	130,0152	130,0152
31-35 anos	79	134,4051	134,4051
26-30 anos	111		136,4414
Sig.		,105	,807

c. Frequência de aulas de preparação para o parto

Encontraram-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 17 – Teste t de Student para amostras independentes

	Sim		Não		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Resultados FA	132,09	15,76	127,90	18,23	0,077
Resultados SF	137,72	17,40	131,50	23,72	0,016 *
Eficácia FA	115,68	22,07	109,91	26,23	0,088
Eficácia SF	119,12	23,96	114,86	29,69	0,262

* $p \leq 0,05$

Resultados SF, $t(308) = 2,086$, $p = 0,016$, as mulheres que frequentaram as aulas de preparação para o parto obtêm valores significativamente mais elevados nesta subescala do que as que não frequentaram (137,72 versus 131,50).

d. Escolaridade

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 18 – Anova One-Way

	4º ano		9º ano		12º ano		Superior		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	Média	Dp	
Resultados FA	124,78	23,28	127,86	18,41	129,32	16,90	131,73	14,81	0,257
Resultados SF	126,41	29,88	132,42	24,39	134,11	19,59	135,48	19,51	0,217
Eficacia FA	119,31	26,72	111,79	25,05	108,55	24,82	111,68	25,73	0,264
Eficacia SF	120,06	33,94	117,99	27,85	114,12	27,61	114,67	28,12	0,627

)

e. Estado civil

Registam-se as seguintes diferenças estatisticamente significativas:

Tabela 19 – Teste t de Student para amostras independentes

	Casada		Solteira		Sig.
	Média	Dp	Média	Dp	
Resultados FA	130,50	15,65	121,63	24,27	0,012 *
Resultados SF	135,07	20,12	123,70	29,83	0,010 *
Eficacia FA	111,78	24,68	109,39	28,82	0,531
Eficacia SF	116,76	27,61	112,19	32,24	0,285

* $p \leq 0,05$

Resultados FA, $t(306) = 3,393$, $p=0,013$, as mulheres casadas obtêm valores significativamente mais elevados nesta subescala do que as mulheres solteiras (130,50 versus 121,63).

Resultados SF, $t(306) = 3,431$, $p=0,013$, as mulheres casadas obtêm valores significativamente mais elevados nesta subescala do que as mulheres solteiras (135,07 versus 123,70).

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A validade e a fidelidade do QAETP ficaram evidenciadas nos resultados apresentados anteriormente. A validade do constructo forneceu o primeiro apoio à natureza unidimensional de cada sub-escala, usando a análise dos principais componentes. A fidelidade foi estabelecida em termos de valores alpha Cronbach, que se verificou serem altos, mostrando-se consistente com os resultados dos estudos de Lowe (1993), Drummond e Rickwood (1997), Sinclair e O'Boyle (1999) e Ip, Chan e Chien (2004). Os resultados da análise factorial demonstraram a natureza unidimensional de cada sub-escala, o que é consistente com a versão americana (Lowe, 1993), visto a amostra ter tido uma dimensão recomendada para minimizar o risco de erro e, assim, aumentar a confiança dos resultados.

A coerência interna das subescalas, reflectida nas fortes correlações item-sub-escala, sugere que cada sub-escala resume com fidelidade os seus conceitos pretendidos.

Contudo, fortes inter-correlações entre subescalas podem sugerir que estas não estão totalmente separadas e que partilham a maior parte da variância explicada. As fortes correlações entre as sub-escalas de expectativas de resultado e de expectativas de auto-eficácia nas duas fases do trabalho de parto podem indicar que as inquiridas não conseguem, de forma clara, diferenciar o seu comportamento nas duas fases do trabalho de parto, o que vai de encontro aos estudos de Drummond e Rickwood (1997) e IP, Chan e Chien (2004), que também verificaram que as mulheres da sua amostra não conseguiram diferenciar as duas fases. Estes autores concluíram que a confiança das mulheres grávidas na sua capacidade de efectuar e perseverar num determinado comportamento não variava ao longo do processo de trabalho de parto, e que, no preenchimento do questionário, havia uma dificuldade de resposta ao mesmo item, de um modo que diferenciase, claramente, as duas fases do trabalho de parto, pelo que sugerem que seja validade uma forma resumida do questionário.

À semelhança do que aconteceu nos estudos citados anteriormente, a versão portuguesa do CBSEI mostrou-se fiável e válida, sendo que, no nosso caso, os resultados foram ao encontro dos resultados de Lowe (1993).

Após aferir os resultados da pesquisa realizada, para uma melhor compreensão e discussão dos resultados, elaborou-se um quadro (1) de comparação de médias e desvio padrão das sub-escalas do QAETP no presente estudo, no CBSEI original e em quatro estudos realizados nos Estados Unidos (Lowe 1993), Austrália (Drummond &

Rickwood 1997), Irlanda do Norte (Sinclair & O'Boyle 1999) e Hong Kong (Ip, Chan & Chien 2004).

Os resultados médios das participantes portuguesas neste estudo tiveram um padrão similar aos dos outros estudos, no qual os resultados relativos às expectativas de resultado são inferiores aos das expectativas de auto-eficácia, quer na fase activa quer na segunda fase do trabalho de parto.

Quadro 1 – Comparação dos resultados das sub-escalas Questionário de Auto-eficácia no Trabalho de Parto entre o presente estudo e outros estudos prévios

	Estados Unidos Lowe 1993 (N=351)	Austrália Drummond e Rickwood 1997 (N=100)	Irlanda do Norte Sinclair e O'Boyle 1999 (N=126)	Hong Kong Ip, Chan e Chien 2004 (N=148)	Portugal Estudo Presente 2010 (N=310)
Resultados FA ₁	128.3 (14.5)	106.77 (25.64)	109.5 (23,58)	89.87 (24.03)	128,96 (17,71)
Eficácia FA ₂	103.1 (21.6)	93.46 (24.77)	89.5 (24.73)	84.29 (24.43)	111,45 (25,37)
Resultados SF ₃	129.6 (20.6)	111.11 (24.97)	113.5 (31.11)	92.24 (27.98)	133,11 (22,45)
Eficácia SF ₄	106.6 (26.8)	95.95 (25.05)	94.4 (27.73)	87.15 (28.84)	116,10 (28,45)

₁ Expectativa de Resultado na Fase Activa (15 itens)

₂ Expectativa de Auto-eficácia na Fase Activa (15 itens)

₃ Expectativa de Resultado na segunda fase (16 itens)

₄ Expectativa de Auto-eficácia na segunda fase (16 itens)

A correlação dos itens e os coeficientes de alfa Cronbach foram calculados, como dito anteriormente, para avaliar a consistência interna do QAETP. Consistentemente com o observado em estudos anteriores, os coeficientes alfa Cronbach que se obtiveram para todas as subescalas foram idênticos, aproximando-se dos valores apresentados por Nancy Lowe (Quadro 2).

Quadro 2 – Estimativas de fidelidade no presente estudo e em estudos anteriores

	Estados Unidos Lowe (1993) (n=351)	Austrália Drummond e Rickwood (1997) (n=100)	Irlanda do Norte Sinclair e O'Boyle (1999) (n=126)	Hong Kong Ip, Chan e Chien (2004) (n=148)	Portugal Estudo Presente (2010) (n=310)
Resultados FA _∞	0,86	>0,90	0,91	0,93	0,89
Eficácia FA _μ	0,93	>0,90	0,93	0,92	0,94
Resultados SF _◇	0,90	>0,90	0,95	0,95	0,92
Eficácia SF _α	0,95	>0,90	0,94	0,94	0,95

₁ Expectativa de Resultado na Fase Activa (15 itens)

₂ Expectativa de Auto-eficácia na Fase Activa (15 itens)

₃ Expectativa de Resultado na segunda fase (16 itens)

₄ Expectativa de Auto-eficácia na segunda fase (16 itens)

Verificou-se que entre as sub-escalas do QAETP havia significância estatística, o que é consistente com os resultados dos estudos anteriores (Lowe, 1993; Drummond & Rickwood, 1997). Entre as expectativas de auto-eficácia e as expectativas de resultado nas diferentes fases do trabalho de parto observaram-se altos graus de correlação, reflectidos por uma correlação de Pearson de $r > 0.80$, com um $p < 0.01$.

A comparação dos resultados das expectativas de auto-eficácia e das expectativas de resultado, entre as duas fases do trabalho de parto, onde a escala para cada fase tem um diferente número de itens, foi facilitada pelo uso de uma média ajustada derivada através da divisão do resultado de cada sub-escala pelo número total de itens nessa sub-escala. Como nos estudos de Lowe (1993), Drummond e Rickwood (1997), Sinclair e O'Boyle (1999) e Ip, Chan e Chien (2004), há significância estatística entre as sub-escalas.

O QAETP mostrou-se útil, à semelhança do que aconteceu no seu país de origem e nos outros em que foi traduzido e aplicado, na avaliação da percepção de auto-eficácia no trabalho de parto. A sua aplicação permitiu identificar os factores que podem influenciar o comportamento e as atitudes das mulheres no trabalho de parto.

Neste estudo não se verificaram relações estatisticamente significativas entre as expectativas de resultado e de auto-eficácia e a escolaridade das mulheres, o que vai ao encontro do estudo de Ip, Chien e Chan (2004). No entanto, ao contrário dos resultados

obtidos pelas mesmas autoras, verificou-se diferenças estatisticamente significativas em relação à experiência de parto, estado civil, idade e frequência de aulas de preparação para o parto.

Verifica-se que a experiência anterior, a frequência de aulas de preparação, o estado civil e a idade, como já referido anteriormente, são factores que influenciam a auto-eficácia da parturiente e, por isso, podem ser preditores do tipo de comportamento e da quantidade de esforço que a mulher vai despende na manutenção desse comportamento durante o trabalho de parto. Este conhecimento revela-se fundamental para todos os profissionais que intervêm directamente com a grávida no momento da preparação para o parto e durante o trabalho de parto, que, ao conhecerem melhor a realidade da mulher, podem, como referem Prata, Santos, & Reis Santos (2009), preparar adequadamente a mulher para o parto, promovendo, assim, uma melhor experiência de parto.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou que o questionário, na versão portuguesa, teve resultados positivos e relevantes e conseguiu demonstrar aspectos importantes para uma melhoria da qualidade de cuidados prestados à mulher durante o trabalho de parto.

Foi possível identificar os principais factores que interferem na percepção de auto-eficácia da parturiente: a idade, o estado civil, a experiência anterior e a frequência de aulas de preparação para o parto.

Outras pesquisas seriam necessárias para complementar este estudo, recomenda-se, por isso, que sejam realizados mais estudos para explorar o critério relativo à legitimidade e à validade preditiva do QAETP e verificar se será válida uma forma reduzida. Um dos propósitos dos estudos sugeridos seria consciencializar os enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica sobre as necessidades psicológicas da mulher em trabalho de parto.

No entanto, espera-se que este possa contribuir para uma maior compreensão das necessidades das mulheres em trabalho de parto, providenciando, dessa forma, um maior conhecimento aos profissionais de saúde, que lhes permita prestar uma melhor assistência às grávidas, auxiliando-as num momento tão delicado e tão importante das suas vidas, como é o da transição para a parentalidade.

Mostra-se fundamental conhecer as necessidades e características de cada grávida, para que se possam prestar cuidados individualizados, contribuindo-se para que o trabalho de parto deixe de ser vivenciado como um momento de stress e sofrimento e passe a ser mais tranquilo e feliz.

Por último, é importante realçar que, nesta pesquisa, as dificuldades revelaram-se, precisamente, ao nível do tempo disponível, visto que foi necessário ter acesso a um grande número de gestantes num curto espaço de tempo.

Seria também importante existirem estudos que avaliassem a mudança na percepção de auto-eficácia no trabalho de parto, em função da aplicação de programas de educação para mulheres grávidas baseados na Teoria da Auto-Eficácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bandura, A. 1977^a. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 84:191-215.

Bandura, A. 1977^b. Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. Psychol Review 84:191-215.

Bandura, A. 1986. Social foundations of thought and action: a social cognitive theory. Prentice Hall, Englewood Cliffs NJ, 617 pps.

Bandura, A. 1995^a. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. pp. 1-13. In: Self-efficacy in changing societies (Albert Bandura), Cambridge University Press, Cambridge.

Bandura, A. 1995^b. On rectifying conceptual ecumemism. pp. 347-375. In: Self-efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, research, and application (James Maddux), Plenum Press, New York.

Bandura, A. 1997. Self-Efficacy: exercise of control. WH Freeman, New York, 640pps.

Bandura, A; Adams, N.E.; Beyer, J. 1977. Cognitive processes mediating behavioral change. Journal of. Personality and. Social. Psychology 35:125-139.

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., Ferraz, M.B. 2002. "Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures". Disponível: <http://www.dash.iwh.on.ca/assets/images/pdfs/xculture2002.pdf> [data da visita: 03/02/09].

Beaton, J., Gupton, A. 1990. Childbirth expectations: a qualitative analysis. Midwifery 6:133-139.

Cavalcante, F.N., Oliveira, L.V., Ribeiro, M.M., Nery, I.S. 2007. Sentimentos vivenciados por mulheres durante o trabalho de parto. Revista Baiana de Enfermagem, 21:31-40.

Codato, L.A, Nakama, L. 2006. Pesquisa em saúde: Metodologia quantitativa ou qualitativa. Revista Espaço para a Saúde Londrina, 8:34-35.

Costa, R., Figueiredo, B., Pacheco, A., Pais, A. 2003. Tipo de parto: Expectativas, Experiências, Dor e Satisfação. Revista de Obstetrícia e Ginecologia, 26:265-306.

Crowe, K., Von Baeyer, C. 1989. Predictors of a positive childbirth experience. Birth, 16:59-63.

Drummond, J., Rickwood, D. 1997. Childbirth confidence: validating the childbirth self-efficacy inventory in an Australian sample. Journal of Advanced Nursing, 26:613-622.

Eça, T., 2001. Fiabilidade versus Validade: Problemas da avaliação externa nas artes visuais. Disponível: <http://www.prof2000.pt/users/mglfm/viseu.htm> [data da visita: 4/12/09].

Fisher, J., Astbury, J., Smith, A. 1997. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: A prospective longitudinal study. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31:728-738.

Fortin, M.F. 2009. Fundamentos e etapas no processo de Investigação. Lusodidacta, Loures, 618pps.

Gandek, B., Ware, J. 1998. Methods for validating and norming translations of health status questionnaires: the IQOLA project approach. Journal of Clinical Epidemiology. 51:953-959.

Guillemin, F. 1995. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. Scandinavian Journal of Rheumatology. 24: 61-63.

Ip, W.Y., Chien, W.T., Chan, C.L. 2004. Childbirth expectations of Chinese first-time pregnant women. Journal of Advanced Nursing, 42:151-158.

- Kirkwood, R. 2008. Conceitos de medida. Disponível em: gema.ufmg.googlepages.com/Aula8.pdf. [data da visita: 4/12/09]
- Kitzinger, S. A experiência de dar à luz. 1995. Instituto Piaget, Lisboa.
- Lowdermilk, L., Perry, E., Bobak, I. 2002. O cuidado de Enfermagem Materna, 5ª Edição. Artemed Editora, Porto Alegre, 928pps.
- Lowe, N.K. 1991. Critical predictors of sensory and affective pain during four phases of labor. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 12:193-208.
- Lowe, N.K. 1993. Maternal confidence for labor: development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in Nursing and Health*, 16:141-149.
- Lowe, N.K. 2000. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 21:219-224.
- Maddux, J.E. 1995. Self-efficacy theory: An introduction. Pp. 3-33. In: *Self-efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, research, and application* (James Maddux).: Plenum Press, New York .
- Maldonado, M.T. 2002. Psicologia da gravidez, 16ª edição. Saraiva, São Paulo.
- Manning, M.M., Wright, T.L. 1983. Self-Efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45:421- 431.
- Maroco, J., Garcia-Marques, T. 2006. Qual a fiabilidade do alfa Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?. *Laboratório de Psicologia*, 4:65-90.
- Martins, G. 2006. Sobre Confiabilidade e Validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*. São Paulo, 8:1-12.
- Menezes, P.R. 1998. Validade e confiabilidade das escalas de avaliação em Psiquiatria. *Revista Psiquiatria Clinica* 25: 214-6.

Mercer, R.T., Hackley, K.C., Bostrom, A.G. 1983. Relationship of psychosocial and perinatal variables to perception of childbirth. *Nursing Research*, 32:202-207.

Norwood, S. 2000. *Research strategies of advanced practice nurses*. Prentice Hall Health, New Jersey, 499pps.

Oriá, M.O. 2008. “Tradução, Adaptação e Validação da Breastfeeding Self-Efficacy Scale: Aplicação em Gestantes”.

Disponível: <http://pct.capes.gov.br/teses/2008/22001018021P0/TES.pdf> [data da visita: 10/02/09].

Pais-Ribeiro, J. 2010. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*, 3ª edição. Legis Editora, Oliveira de Azemeis, 167pps.

Pajares, F. 2002. “Overview of social cognitive theory and of self-efficacy”. Disponível em: <http://www.des.emory.edu/mfp/eff.html> [data da visita 10/02/09].

Pereira, M.G., Almeida, P. 2004. Auto-eficácia na diabetes: Conceito e Validação da Escala. *Análise Psicológica*, 585-595.

Polit, D., Beck, C. 2001. *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal, and Utilization*. Lippincott William & Wilkins, Philadelphia, 554pps.

Prata, A.P., Santos, C., & Reis Santos, M.F. 2009. Auto-eficácia e experiência de parto. Referência, *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde*. II Série, 10, Suplemento Livro de Actas e Comunicações: Referência, pp. 235.

Salvetti, M.G., Pimenta, C.A. 2005. Validação da Chronic Pain Self-Efficacy Scale para língua portuguesa. *Revista Psiquiatria Clínica*, 32:202-210.

Salvetti, M.G., Pimenta, C.A., Lage, L.M. 2007. Auto-eficácia e sintomas depressivos em doentes com dor crónica. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 34:111-117.

Sinclair, M., O'Boyle, C. 1999. The Childbirth Self-Efficacy Inventory: a replication study. *Journal of Advanced Nursing* 30:1416-1423.

Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. 2001. Using multivariate statistics, 4^a edição. Harper Collins, New York, 2001.

Van Der Bijl, J.J., Shortridge-Bagget, L.M. 2001. The theory and a measurement of the self-efficacy construct. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 15:189-207.

Walker, B., Erdman, A. 1984. Childbirth education programs: the relationship between confidence and knowledge. *Birth* 11:103-108.

ANEXOS

Anexo A

Pedido de autorização institucional para a aplicação do questionário.

Anexo B

Autorização da utilização do CBSEI por parte da autora
Nancy Lowe.

Anexo C

Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)

Anexo D

Questionário de auto-eficácia no trabalho de parto
entregue às grávidas